

Polityka społeczna wobec starości i osób starszych

Zasady polityki społecznej wpływają na wybór priorytetów w zakresie działań związanych z polityką społeczną jednocześnie, kształtując politykę wobec osób starszych. Wpływ poziomu makro na formę i zakres wsparcia publicznego odbywa się nie tylko poprzez kształtowanie lokalnej polityki społecznej, lecz również poprzez transfery publiczne przekazywane z budżetu centralnego do jednostek samorządów terytorialnych oraz organizacji pozarządowych zajmujących się pomocą osobom starszym. W poniższym rozdziale przedstawione zostaną podstawowe zasady polityki społecznej wobec starości. Ze względu na problem metodologiczny związany z różnorodnością definicji polityki społecznej wobec starości oraz starzenia się, na wstępie zostały przedstawione stosowane w literaturze przedmiotu podejścia do tych subpolityk. W rozdziale tym zostały również omówione zadania władz gminy, powiatu oraz województwa, ponieważ przekładają się one na realizację konkretnych działań wpływających na sytuację osoby starszej. Podział zadań pomiędzy poszczególne szczeble władzy wynika zarówno z nadbudowy ideologicznej, jak i z wynikających z niej zasad polityki społecznej. Podział zadań pomiędzy gminę, powiat oraz organy władzy na szczeblu rządowym jest zarazem podziałem zadań pomiędzy trzy poziomy: mikro, mezo i makro.

Jednym z zadań samorządu gminy oraz powiatu jest prowadzenie domów pomocy społecznej [Ustawa o pomocy społecznej 2004]. Dodatkowo na szczeblu gminnym udzielana jest pomoc środowiskowa, która powinna umożliwiać seniorowi jak najdłuższe funkcjonowanie w dotychczasowym środowisku. W związku z tym w niniejszym rozdziale zostały szerzej omówione zagadnienia związane z domami pomocy społecznej jako przykładem formy opieki długookresowej oraz pomoc środowiskowa. Ostatni podrozdział zawiera przykłady rozwiązań w zakresie pomocy seniorom w wybranych krajach Unii Europejskiej. Omówione zostały wybrane formy pomocy długookresowej osobom starszym w kilku krajach reprezentujących zarówno różny poziom rozwoju gospodarczego, jak i odmienny typ realizowanej polityki społecznej. W pierwszej części zaprezentowane zostaną wydatki na opiekę długookresową w różnych krajach OECD, a następnie wybrane formy pomocy długookresowej osobom starszym w krajach Unii Europejskiej.

1. Polityka społeczna wobec starości i osób starszych — definicje

Politykę społeczną wobec starszej generacji rozważa się w dwóch aspektach jako: politykę „wobec starości” (politykę starości) oraz politykę „wobec osób starszych”. Przedmiotem badania w pierwszym przypadku jest faza życia, a w drugim zbiorowość osób, które przekroczyły granicę starości. Takie podejście stosowane jest od dawna w krajach euro-

pejskich, w których proces starzenia się rozpoczął się znacznie wcześniej niż w Polsce. W literaturze polskiej oba rodzaje polityk zostały jasno scharakteryzowane przez Szatur-Jaworską [Szatur-Jaworska 2000: 119 i in.].

Sam termin „polityka starości” użyty został po raz pierwszy w literaturze polskiej przez A. Tymowskiego [Tymowski 1987: 28–36]. Autor — podkreślając ważność problemów ludzi starszych — zwraca uwagę na konsekwencję wydłużania się trwania życia, jaką jest dłuższy średni czas pozostawania w fazie starości. Postępujące procesy starzenia się społeczeństwa stawiają przed „polityką starości” między innymi zadanie zapewnienia osobom starszym godziwych warunków bytu. Według przywoływanego autora polityka starości musi być ujmowana perspektywicznie, bowiem o polityce starości decydują często nakłady wydatkowane wcześniej. Długofalowy charakter tej polityki wymaga dokładnego określenia celów, jakie ma ona realizować.

B. Szatur-Jaworska politykę społeczną wobec starości określa jako politykę społeczną, której celem jest „wspomaganie jednostek w radzeniu sobie z kryzysami rozwojowymi i sytuacjami, które są typowe — w określonych warunkach historycznych — dla tej fazy życia; zapewnianie starości pozycji równoprawnej z innymi fazami życia oraz kształtowanie jej pozytywnego obrazu w świadomości społecznej” [Szatur-Jaworska 2000: 120]. W ten sposób zdefiniowana polityka wobec starości jest elementem polityki społecznej wobec cyklu życia, której celem jest stwarzanie członkom społeczeństwa warunków do pełnego, optymalnego przeżywania kolejnych faz cyklu życia i udzielania pomocy w przypadku kryzysu. Wymaga to prowadzenia na szeroką skalę badań sondażowych oraz wielodyscyplinarnych analiz, aby określić, co w starości jest prawidłowością, a co wymagającym interwencji odstępstwem od normy. W ten sposób rozumiana polityka wobec starości nie jest w Polsce w praktyce w pełni realizowana. Głównymi zarzutami wobec działań podejmowanych na rzecz populacji ludzi starszych jest brak kompleksowości i długofalowości [Łopato 1991: 91 i in.]. Ponadto podejmowane działania są opóźnione w stosunku do zachodzących zmian demograficznych i w przypadku niektórych grup społecznych (np. rolnicy) polegają one głównie na zaopatrzeniu emerytalnym [Tryfan 1991: 68 i in.]. Ogólnie rzecz biorąc, w Polsce działalność w obszarze polityki wobec starości jest rozproszona i niespójna [Szatur-Jaworska 1994: 276]. Państwo głównie ogranicza się do zapewnienia w minimalnym stopniu podstawowych potrzeb. W ustawie o pomocy społecznej tak w wersji z 1989 r. jak i 2004 r. brak jest zapisu o gwarantowaniu pomocy społecznej w przypadku starości, samotności i bezradności. Artykuł 7 ustawy zawiera listę 15 powodów udzielania pomocy, ale wynika z niej, że powodem udzielenia pomocy nie może być podeszły wiek [Szatur-Jaworska 2002: 74–81]. Zarówno stan prawny, jak i działania władz publicznych kierowane do osób starszych, wskazują na realizację polityki przetrwania [Bednarz 2008: 50].

Drugim aspektem polityki społecznej jest polityka społeczna wobec osób starszych. W tym przypadku — ze względu na różnice stanowisk odnośnie do zakresu przedmiotowego oraz podmiotowego polityki społecznej — brak jest w literaturze jednoznacznej definicji tej polityki. B. Szatur-Jaworska definiuje ją jako politykę, której celem jest „stwarzanie obecnie i na przyszłość — warunków zaspokajania potrzeb ludzi starych oraz kształtowanie odpowiednich relacji pomiędzy starszym pokoleniem a młodszymi generacjami, drogą ograniczania uzależnienia starszych od młodszych, zapobiegania marginalizacji ludzi starszych oraz kształtowanie stosunków międzypokoleniowej solidarności” [Szatur-Jaworska 2000: 119]. Zgodnie z tą definicją, celem polityki społecznej wobec osób starszych jest zapobieganie i rozwiązywanie problemów ludzi starszych, przy czym szczególnie ważne zadanie to stworzenie takich warunków życia lu-

dzi starszych, aby mogli oni przy użyciu własnych środków zaspokajać swoje potrzeby, a tylko w sytuacjach kryzysowych korzystać z pomocy [Szatur-Jaworska 1991: 7–31]. Odpowiednio rozbudowany system usług społecznych zmniejszałby ich stopień uzależnienia od otoczenia i zapobiegałby marginalizacji seniorów.

Na zachowanie samodzielności jako celu polityki społecznej wobec osób starszych wskazuje w swojej pracy J. Staręga-Piasek [Staręga-Piasek 1982: 8–12]. Autorka ta na początku lat 80. XX wieku na podstawie badań własnych stwierdziła, że dla ludzi starszych najważniejsza jest niezależność ekonomiczna, mieszkaniowa, sprawność fizyczna oraz poczucie bezpieczeństwa. Możliwe to jest poprzez właściwe zabezpieczenie materialne, które gwarantują określony standard życia nie tylko w kategoriach fizycznych, ale i psychicznych.

Natomiast L. Frąckiewicz w swojej książce pt. „Karta praw człowieka starego” podkreślała konieczność zgodności celów polityki społecznej wobec osób starszych z ogólnymi celami polityki społecznej. Tymi celami są: powszechność szeroko pojętego dobrobytu, rozwój i racjonalne wykorzystanie potencjału społecznego, rozwijanie takich form życia społecznego, które ułatwiają rozwój jednostkom i całym zbiorowości. Autorka podkreślała, że o jakości życia ludzi starszych decyduje nie tylko sytuacja materialna, ale również równouprawnienie seniorów, poszanowanie ich podmiotowości i suwerenności [Frąckiewicz 1985: 158]. Jako najwłaściwszy kierunek działań wobec ludzi starszych uważa pozostawienie człowieka starszego w jego środowisku domowym. Równocześnie — ze względu na ekonomiczną i społeczną słabość — ludzie starzy wymagają szczególnej ochrony i wsparcia. W Polsce interesy osób starszych są chronione w niewystarczającym stopniu [Frąckiewicz 2003: 284–302].

Biorąc pod uwagę stopniowo postępującą utratę sprawności osób starszych, a tym samym wzrastające uzależnienie od otoczenia, przy jednoczesnym ograniczeniu kontaktów społecznych, P. Błędowski wskazuje na konieczność wyrównywania „niedoborów”, jakie występują w życiu starzejącego się człowieka [Błędowski 2002: 167–176]. W związku z tym przywoływany autor proponuje następującą definicję polityki społecznej wobec ludzi starszych „system działań, skierowanych do osób w wieku poprodukcyjnym oraz ich rodzin. Działania te mają na celu wszechstronną kompensację malejących z wiekiem możliwości samodzielnego zaspokojenia potrzeb oraz integrację z lokalną społecznością” [Błędowski 1998: 49–54]. Definicja ta zawiera dwa cele. Po pierwsze, umożliwienie osobom starszym samodzielnego na miarę możliwości życia, oraz po drugie zapewnienie im ważnej i stabilnej pozycji w strukturze lokalnej społeczności. Z ogólnych celów wynikają dalsze cele szczegółowe:

- integracja społeczna i partycypacja w życiu społecznym,
- indywidualizacja, czyli dostosowanie udzielanych świadczeń do rzeczywistych potrzeb jednostki,
- podniesienie standardu życia osób starszych przez system świadczeń materialnych i usługowych,
- zapewnienie im podmiotowości i samodzielności stosownej do ich poziomu sprawności życiowej,
- sprzyjanie integracji między- i wewnątrzgeneracyjnej,
- organizowanie badań naukowych dotyczących ludzi starszych i starości.

Według autora efektywność takiej polityki wymaga działań ze strony samych osób starszych, otoczenia, a także propagowania wiedzy o tym etapie w życiu człowieka.

Wspólnym mianownikiem przytoczonych powyżej definicji polityki wobec osób starszych jest podejście do starości jako okresu, w którym człowiek jak najdłużej powinien zachować samodzielność. Korzystając ze wsparcia rodziny, znajomych, pracowników socjalnych w postaci działań wyrównujących braki powstałe w wyniku pogorszenia stanu zdrowia, zaprzestania pracy zawodowej, itp. osoba starsza powinna zamieszkiwać w swoim dotychczasowym środowisku. Pomoc instytucjonalna — np. domy pomocy społecznej — powinna być ostatnim ogniwem łańcucha wsparcia udzielanego seniorom.

2. Zasady polityki społecznej wobec starości i osób starszych

Zasady polityki społecznej wobec starszej generacji wynikają z systemu wartości charakterystycznego dla doktryny polityki społecznej [Rysz-Kowalczyk 2002: 139–140]. Najważniejszymi zasadami, którymi kieruje się polityka społeczna wobec ludzi starych są:

- 1) zasada pomocniczości (subsydiarności),
- 2) zasada kompleksowości oceny potrzeb,
- 3) zasada lokalności.

Zasada pomocniczości zakłada przyjęcie określonego porządku, w jakim różne instytucje społeczne udzielają wsparcia jednostkom niebędącym w stanie zaspokoić samodzielnie swoich potrzeb. Zasada ta wywodzi się z doktryny Kościoła rzymskokatolickiego [Pius XI 1931, Jan XXIII 1997, Krzyszkowski 2005: 43]. Pierwszym podmiotem udzielającym wsparcia osobie starszej, zgodnie z tą zasadą, powinna być rodzina, jeśli istnieje i stać ją na to pod względem finansowym i organizacyjnym [Jan Paweł II 200: 25]. W przypadku niemożności udzielania wsparcia przez rodzinę obowiązek ten przejmują organizacje społeczne i instytucje państwowe. W pierwszej kolejności wspomagać winny instytucje bliskie świadczeniobiorcy; może to być grupa sąsiedzka, wspólnota wyznaniowa, lokalna organizacja pozarządowa, a na końcu instytucje państwowe. W społeczeństwach, w których zasada ta wpływa na rozwiązywanie problemów społecznych powstają i rozwijają się liczne organizacje społeczeństwa obywatelskiego. Rozwojowi tych organizacji sprzyja stosowanie przez państwo zasady „pomocy dla samopomocy”. Realizacja zasady pomocniczości wymaga stworzenia odpowiednich warunków, które umożliwią rodzinie, a następnie nieformalnym kręgom w otoczeniu człowieka starszego udzielenie potrzebnego wsparcia.

Subsydiarność oznacza przesunięcie zadań ze szczebla makro na poziom podmiotów regionalnych i lokalnych zajmujących się sprawami socjalnymi. Związane jest to z poglądem, że działania na szczeblu lokalnym lepiej służą rozwiązywaniu problemów społecznych niż programy opiekuńcze państwa. Ponadto takie działania mają na celu rozwijanie solidarności społecznej z wykorzystaniem sektora obywatelskiego.

Zasada kompleksowości oceny potrzeb zakłada konieczność dokonywania wszechstronnej analizy sytuacji lokalnej społeczności z punktu widzenia jej stanu zdrowia, warunków życiowych i rodzinnych, dochodów, itp. Zbudowana na tej podstawie diagnoza powinna zawierać ocenę sytuacji w zakresie potrzeb danej społeczności oraz powinna określić możliwość zaspokojenia jej potrzeb w ramach istniejącej infrastruktury [Błędowski 2002: 177]. Diagnoza odnosi się z jednej strony do możliwości świadczenia pomocy przez środowisko lokalne, a z drugiej do potrzeb osoby starszej. Kompleksowość diagnozy wymaga jej uszczegółowienia. W związku z tym konieczne jest indywidualne podejście do sytuacji osób starszych, polegające przynajmniej na wyodrębnieniu gru-

py mieszkańców posiadających podobne cechy społeczne lub demograficzne. Następnie ustalenie indywidualnego planu pomocy i dostosowanie służb świadczących pomoc do rzeczywistego zapotrzebowania.

Zasada lokalności w polityce społecznej wobec ludzi starszych wynika z zasady subsydiarności. Lokalność umożliwia lepszą realizację ogólnych celów polityki wobec ludzi starszych. W konkretnych przypadkach odpowiadających lokalnym potrzebom i możliwościom. Według P. Błędowskiego „Lokalną politykę społeczną wobec ludzi starszych można określić jako różne przejawy aktywności na ich rzecz, realizowane na terenie działania samorządu terytorialnego w ramach jego zadań zleconych i własnych oraz lokalnych inicjatyw” [Błędowski 2002: 177].

Potrzeby osób starszych mają różny charakter, zależnie od wieku, stanu zdrowia, sytuacji rodzinnej, itp. Wobec tego konieczna jest dywersyfikacja oferowanych świadczeń ze strony lokalnych podmiotów polityki społecznej. Ponadto potrzeby ludzi są zróżnicowane w zależności od regionu kraju, a także od środowiska (miejskie, wiejskie). Potrzeby te są zaspokajane w środowisku lokalnym przy udziale rodziny i najbliższego otoczenia oraz organizacji pozarządowych i instytucji samorządowych. Na poziomie lokalnym istnieją najlepsze warunki dla integracji ludzi starszych ze środowiskiem i partycypacji społecznej. Partycypacja społeczna jest rozumiana jako: współdziałanie — współpraca — partnerstwo we włączaniu zbiorowości osób starszych w realizację celów polityki społecznej wobec tej zbiorowości. Działania podejmowane z udziałem osób starszych powinny obejmować udzielanie świadczeń w formie pieniężnej, rzeczowej i w postaci usług.

Decentralizacja wielu obszarów polityki społecznej umożliwia trafne diagnozowanie potrzeb oraz lokalną specyfikę przy określaniu hierarchii celów i sposobu ich realizacji. Zasady polityki społecznej są podstawą podziału obowiązków władz wojewódzkich, powiatowych i gminnych. Wyznaczają zakres działań podejmowanych na poszczególnych szczeblach władzy.

3. Zadania samorządu wojewódzkiego, powiatowego oraz gminnego

Jednym z celów reformy samorządowej przeprowadzonej w Polsce w 1999 roku była decentralizacja systemu sprawowania władzy [Sierpowska 2007]. W związku z wprowadzoną trójszczeblową strukturą administracji publicznej realizacja polityki wobec ludzi starszych przebiega głównie na poziomie lokalnym. Zgodnie z zasadą lokalności i subsydiarności, to wspólnoty lokalne mają najlepsze rozeznanie w zakresie potrzeb swoich członków oraz najlepiej potrafią rozwiązywać ich problemy. Dlatego też w zakresie pomocy społecznej najszerszy zakres działania został przypisany gminom jako jednostkom samorządu terytorialnego będącym najbliższymi członkami wspólnoty lokalnej. Kolejne szczeble administracji samorządowej mają bardziej zawężony zakres zadań w stosunku do gminy. Zadania samorządu terytorialnego w przypadku powiatów i gmin można podzielić na zadania obligatoryjne oraz fakultatywne. Drugi podział zadań obejmuje zadania własne danej jednostki samorządu terytorialnego oraz zadania zlecone z zakresu administracji rządowej.

Jako pierwsze zostaną omówione zadania samorządu województwa w zakresie pomocy osobom starszym. Głównym zadaniem władz samorządu województwa jest określa-

nie strategii rozwoju danego regionu oraz koordynacja działań mających temu rozwojowi służyć. Dlatego też działania samorządu wojewódzkiego są ujęte w szerokie ramy, a nie konkretne, precyzyjne działania, jak ma to miejsce w przypadku zadań gminy i powiatu. Na szczęble wojewódzkim jest przygotowywana strategia polityki społecznej, która powinna być dostosowana do sytuacji danego regionu i dostosowywana do zachodzących zmian społeczno-ekonomicznych. Przy opracowywaniu tej strategii samorząd wojewódzki powinien współdziałać z niższymi szczeblami administracji samorządowej, ponieważ mają one lepsze rozeznanie w zakresie potrzeb mieszkańców regionu i możliwości ich zaspokojenia. Wszystkie trzy szczeble samorządu powinny również współpracować przy realizacji przyjętej strategii.

Jednym z najważniejszych zadań władz samorządu wojewódzkiego jest zadanie organizowania kształcenia i podnoszenia kwalifikacji kadry pomocy społecznej (w zasób kadry pomocy społecznej wchodzi pracownicy socjalni). Samorząd wojewódzki ma za zadanie rozpoznawanie przyczyn ubóstwa oraz tworzenie planów jego ograniczania. W zakresie jego zadań leży również promowanie nowatorskich rozwiązań w zakresie pomocy społecznej. Jest to szczególnie istotne, ponieważ pojawiające się nowe problemy społeczno-ekonomiczne wymagają często nowatorskich metod ich rozwiązywania dostosowanych do specyfiki danego regionu. Tak sformułowane zadania samorządu wojewódzkiego pozwalają na wybór priorytetów w zakresie polityki społecznej, który jest uzależniony od specyfiki danego regionu.

W przypadku regionów charakteryzujących się zaawansowanym procesem starzenia się ludności, wymienione uregulowania prawne umożliwiają wybór strategii nastawionej na rozwiązywanie problemów osób starszych. Zadaniem samorządu wojewódzkiego jest również prowadzenie regionalnych jednostek organizacyjnych pomocy społecznej oraz regionalnego ośrodka polityki społecznej.

W ustawie oddzielnie wyszczególnione są zadania wojewody, z których najważniejsze z punktu widzenia polityki społecznej wobec osób starszych jest udzielanie lub cofanie zezwolenia na prowadzenie domu pomocy społecznej oraz placówek zapewniających całodobową opiekę osobom w podeszłym wieku. Dotyczy to również tych placówek, które działają na podstawie przepisów ustawy o działalności gospodarczej. Jest to o tyle ważne, że tzw. „prywatne domy pomocy” czy „pensjonaty dla osób starszych” na mocy ustawy muszą być zarejestrowane, muszą spełniać standardy oraz podlegają kontroli wojewody [Ustawa o pomocy społecznej 2004]. Kontrola dokonywana jest nie tylko w zakresie spełniania określonych standardów usług oferowanych przez placówkę, lecz również stopnia przestrzegania praw mieszkańców. Wojewoda, jako terenowy organ administracji rządowej, jest również zobowiązany do prowadzenia rejestru placówek świadczących całodobową opiekę osobom starszym oraz domów pomocy społecznej.

Do zadań wojewody należy także nadzór nad realizacją zadań przez niższe jednostki samorządu terytorialnego oraz ocena stanu i efektywności wprowadzanych programów społecznych. Tak więc najważniejsze zadania samorządu wojewódzkiego i wojewody, będącego terenowym przedstawicielem rządu, wobec ludzi starszych to diagnoza sytuacji osób starszych oraz konstruowanie strategii rozwiązywania problemów tej grupy społecznej. Ważnym zadaniem władz wojewódzkich jest włączenie w rozwiązywanie problemów seniorów organizacji pozarządowych, które — będąc składową państwa obywatelskiego — angażują w swoje działania lokalne społeczności.

W zadaniach powiatu podobnie jak w zadaniach władz wojewódzkich oraz gminnych, ustawodawca nie wymienił *explicite* osób starszych jako grupy, która powinna być

szczególnie wspierana, czy do której powinna być kierowana określona pomoc (jak to ma miejsce np. w przypadku niepełnosprawnych czy bezrobotnych). Jednak problemy osób starszych powinny być uwzględnione przez powiat przy tworzeniu i realizacji strategii rozwiązywania lokalnych problemów społecznych. Zgodnie z zasadą kompleksowości oceny potrzeb, diagnoza sytuacji społecznej, jej specyfika na danym terenie oraz możliwość rozwiązywania problemów i zaspokajania potrzeb społeczności lokalnej może być efektywnie przeprowadzona na szczeblu powiatu i powinna służyć do sporządzania bilansu potrzeb powiatu w zakresie pomocy społecznej. Zadania powiatu są komplementarne wobec zadań gminy. Strategia wypracowana przez powiat powinna być uzupełnieniem zadań gminy, których te najmniejsze jednostki terytorialne nie mogą same wypełnić. Podział zadań pomiędzy powiat i gminę wynika głównie z możliwości finansowych każdej z jednostek samorządu terytorialnego. Powiat dzięki posiadanym zasobom finansowym może prowadzić ponadgminne domy pomocy społecznej, które będą przyjmowały mieszkańców kilku gmin. Gminy najczęściej nie będą tworzyły wszystkich typów dps, ponieważ nie ma tak dużego zapotrzebowania w obrębie tych jednostek terytorialnych. Jednak w przypadku konieczności umieszczenia osoby w danym rodzaju dps najczęściej gminy korzystają z domów prowadzonych przez powiaty, bo to właśnie prowadzenie domów pomocy społecznej dla osób starszych jest jednym z głównych zadań powiatu wobec seniorów.

Zadaniem powiatu jest również udzielanie informacji o prawach i uprawnieniach obywateli. Związany z tym zadaniem jest również obowiązek szkolenia i doskonalenia zawodowego kadr pomocy społecznej, które mają bezpośredni kontakt z osobami potrzebującymi pomocy. Odpowiednio wyszkolone kadry wpływają na jakość diagnozy sytuacji społecznej mieszkańców danego powiatu.

Drugą grupę zadań powiatu tworzą zadania zlecone z zakresu administracji rządowej. Zadania te są finansowane ze środków budżetu państwa. Jednym z tych zadań jest prowadzenie ośrodków wsparcia dla osób z zaburzeniami psychicznymi. Jest to zadanie komplementarne w stosunku do zadania gminy, jakim jest udzielanie pomocy środowiskowej w miejscu zamieszkania osoby potrzebującej pomocy. Gdy pomoc gminy jest niewystarczająca w tym zakresie opiekę instytucjonalną powinien zapewnić powiat.

Ustawa o pomocy społecznej z dnia 12 marca 2004, zgodnie z zasadą subsydiarności, zwiększyła zakres zadań powiatu oraz gminy. Zadania gminy, podobnie jak zadania powiatu, zostały podzielone na dwa typy zadań:

- 1) zadania własne gminy o charakterze obowiązkowym,
- 2) zadania gminy zlecone z zakresu administracji rządowej.

Samorząd gminy, podobnie jak powiatu i samorządu wojewódzkiego, jest zobowiązany do tworzenia i realizacji gminnej strategii rozwiązywania problemów swoich mieszkańców oraz sporządzania bilansu potrzeb w zakresie pomocy społecznej. Zgodnie z zasadą lokalności, gmina powinna mieć najlepsze rozeznanie w zakresie specyfiki lokalnej społeczności, jej potrzeb i możliwości ich zaspokojenia. Potrzeby osób starszych powinny być uwzględniane w opracowywanej przez gminę strategii. Do zadań gminy należy udzielanie schronienia oraz zapewnianie posiłku osobom bezdomnym. Zadania te należą do kategorii zadań zapewniających minimum egzystencji osobom niemogącym samodzielnie zabezpieczyć swojego bytowania. Druga kategoria zadań to przyznawanie i wypłacanie zasiłków okresowych i celowych. Jednym z najistotniejszych z punktu widzenia osób starszych zadań gminy jest kierowanie oraz pokrywanie kosztów pobytu osoby starszej w domu pomocy społecznej (jeśli nie pokrywają ich inne źródła). Do zadań własnych gmi-

ny należy prowadzenie gminnych domów pomocy społecznej. Gminy mają również obowiązek świadczenia usług opiekuńczych w miejscu zamieszkania osoby starszej. W sytuacji sprawowania opieki nad długotrwale chorym członkiem rodziny np. osobą starszą, która uniemożliwia opiekunowi wykonywanie obowiązków zawodowych, gmina zobowiązana jest opłacić składki na ubezpieczenie emerytalne i rentowe opiekuna.

Aby potrzeby mieszkańców były dobrze diagnozowane oraz aby efektywnie udzielać pomocy, gmina musi prowadzić ośrodek pomocy społecznej, który powinien zatrudniać wykwalifikowanych pracowników socjalnych mających rozeznanie w zakresie sytuacji społeczno-ekonomicznej danej jednostki terytorialnej. Diagnoza sytuacji jest niezbędna przy ustalaniu hierarchii potrzeb społecznych oraz sposobów ich zaspokajania.

Do zadań zleconych z zakresu administracji rządowej należy przyznawanie i wypłacanie zasiłków stałych, organizowanie opieki nad osobami z zaburzeniami psychicznymi. Gmina jest również zobowiązana do realizacji zadań wynikających z rządowych programów pomocy społecznej, których celem jest zapewnienie odpowiedniego poziomu życia obywateli. W przypadku powstania programów na szczeblu rządowym skierowanych do osób starszych ich realizacja będzie się odbywała w efekcie na poziomie gminy.

Zadania gminy są najbardziej rozbudowane, a wynika to z lepszych możliwości diagnozy, jaką może formułować samorząd gminny, który jest najbliżej wspólnoty lokalnej i osób potrzebujących wsparcia. Zarówno gmina, jak i powiat, nie mogą odmówić pomocy osobie potrzebującej, nawet jeśli istnieje zobowiązanie osób fizycznych lub prawnych do zaspokojenia tych potrzeb. Jest to istotne w przypadku osób starszych chcących zamieszkać w dps. Oznacza to, że gmina nie może odmówić umieszczenia w dps osobie, której rodzina jest zobowiązana do alimentacji, ale z obowiązku się nie wywiązuje.

Należy podkreślić, iż ustawodawca nie określił szczególnych praw osób w podeszłym wieku, które powinny być realizowane przez podmioty administracji. Zadania samorządów lokalnych wobec wymagających pomocy seniorów są określone równolegle z zadaniami wobec innych podmiotów uprawnionych do otrzymania pomocy. Pomimo stale rosnącej liczby osób starszych w społeczeństwie, nie prowadzi się aktywnej polityki społecznej polegającej na kompleksowym zaspokojeniu potrzeb tej grupy.

4. Formy pomocy osobie starszej

Zgodnie z ustawą o pomocy społecznej świadczenia z pomocy społecznej dzielą się na dwie kategorie: świadczenia pieniężne i świadczenia niepieniężne. Do pierwszej grupy zaliczają się wszelkiego rodzaju zasiłki (tj. zasiłek stały, okresowy, celowy, pielęgnacyjny specjalny zasiłek celowy). Do drugiej grupy należą zarówno świadczenia rzeczowe, jak i usługi w postaci pomocy środowiskowej lub instytucjonalnej. Świadczenia niepieniężne obejmują między innymi zapewnienie posiłku i schronienia, zorganizowanie pogrzebu itp. Z punktu widzenia celu pracy najważniejsze formy świadczeń niepieniężnych na rzecz osób starszych to usługi opiekuńcze oferowane w miejscu zamieszkania seniora (pomoc środowiskowa) oraz pobyt i usługi w domach pomocy społecznej. Dalego też w poniższych dwóch podrozdziałach pracy zostaną bliżej omówione formy pomocy środowiskowej oraz instytucjonalnej. Należy podkreślić, że część instytucjonalnych form opieki długoterminowej (np. zakłady opiekuńczo-lecznicze i pielęgnacyjno-opiekuńcze), z której korzystają osoby starsze, jest finansowana przez Narodowy Fundusz Zdrowia i podlega Ministerstwu Zdrowia. System ochrony zdrowia oraz pomocy społecznej

są ze sobą ściśle powiązane, a problem niedostatecznej komunikacji między systemami wpływa na rodzaj usług oferowanych osobie starszej [Timonen 2008: 109]. Ważną rolę w opiece nad osobami starszymi odgrywają również placówki pomocy półinstytucjonalnej (semiinstytucjonalnej).

Pomoc środowiskowa

Pierwszym etapem poprzedzającym udzielenie pomocy jest diagnoza sytuacji osoby starszej. W tym celu pracownik socjalny przeprowadza wywiad środowiskowy mający na celu ustalenie potrzeb osoby starszej oraz możliwości ich zaspokojenia przez najbliższe otoczenie jednostki. Jeśli osoba starsza posiada rodzinę, wywiad jest często przeprowadzany z jej członkami i zgodnie z zasadą subsydiarności, jeśli rodzina nie może zapewnić pomocy w zakresie zaspokojenia potrzeb osoby starszej, to wtedy pomoc zostaje udzielona przez lokalny ośrodek pomocy społecznej.

Pomoc środowiskowa wobec osób starszych przybiera najczęściej dwie formy:

- 1) wsparcie w zakresie codziennej egzystencji poprzez świadczenia opiekuńcze realizowane w domu osoby starszej,
- 2) specjalistyczne poradnictwo oraz praca socjalna.

Pierwsza grupa świadczeń jest najczęściej wykonywana przez opiekunki środowiskowe, a zakres czynności jest ustalany przez lokalne ośrodki pomocy społecznej. W przypadku Łodzi Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej (MOPS) podzielił czynności wchodzące w zakres pomocy sprawowanej przez opiekunki środowiskowe na 11 kategorii:

- 1) utrzymywanie mieszkania w porządku i czystości,
- 2) dokonywanie zakupów ze środków podopiecznego,
- 3) załatwianie spraw bieżących,
- 4) zapewnianie i podanie posiłku,
- 5) noszenie do pralni i zmiana bielizny,
- 6) przynoszenie opału i palenie w piecu,
- 7) przynoszenie wody i wynoszenie nieczystości,
- 8) zabiegi pielęgnacyjne,
- 9) utrzymywanie podopiecznego w dobrej kondycji psychofizycznej,
- 10) pomoc przy ubieraniu,
- 11) zabiegi medyczne.

W różnych regionach Polski różny może być zakres tych usług. W Łodzi ze względu na starą infrastrukturę oraz fakt, że osoby starsze częściej zamieszkują w starych zabudowach lokalowych, gdzie nie ma kanalizacji lub centralnego ogrzewania, konieczne jest często udzielanie pomocy przy wynoszeniu nieczystości i paleniu w piecu (czynności te wymagają siły fizycznej). Zakres świadczonych przez ośrodek pomocy społecznej usług oraz ich wymiar czasowy ustala pracownik socjalny po zdiagnozowaniu sytuacji osoby starszej. Usługi opiekuńcze są bardzo zróżnicowaną formą pomocy ze względu na konieczność ich dostosowania do indywidualnych potrzeb beneficjenta.

Specjalistyczne poradnictwo oraz praca socjalna są świadczeniami, których przyznanie nie jest uzależnione od sytuacji finansowej beneficjentów. Głównym celem tych usług jest udzielanie wsparcia jednostkom tego potrzebującym, które obejmuje poradnictwo psychologiczne, prawne i rodzinne. Z punktu widzenia osób starszych najistotniejszym zadaniem poradnictwa specjalistycznego jest informowanie o obowiązujących

przepisach prawnych, w tym o świadczeniach z zakresu pomocy społecznej przysługujących danej jednostce.

Formy pomocy długoterminowej w ramach systemu powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego, podobnie jak w przypadku pomocy społecznej, można podzielić na formy instytucjonalne oraz pomoc środowiskową udzielaną w domu danej osoby. Opieka domowa jest zapewniana w ramach domowych hospicjów oraz usług świadczonych przez pielęgniarki środowiskowe, terapeutów i rehabilitantów. Pomoc osobom starszym jest również udzielana w ramach poradni geriatrycznych, rehabilitacyjnych oraz poradni medycyny paliatywnej.

Korzystanie z powyższych form pomocy jest uzależnione zarówno od stanu zdrowia, jak i statusu rodzinnego. Jeśli stan zdrowia osoby starszej nie pozwala na dalsze samodzielne zamieszkiwanie w dotychczasowym środowisku, zaś pomoc oferowana przez rodzinę, sieci wsparcia, ośrodki pomocy społecznej oraz NFZ (w ramach opieki środowiskowej) jest niewystarczająca, to dopiero wtedy, zgodnie z zasadą pomocniczości, uruchomione powinny być procedury mające na celu umieszczenie jednostki w systemie pomocy instytucjonalnej świadczącej długookresowe usługi opiekuńcze.

Pomoc instytucjonalna i semiinstytucjonalna

W zakresie instytucjonalnej opieki nad osobami starszymi występuje przenikanie się systemu pomocy społecznej oraz opieki zdrowotnej. Brak jednoznacznych kryteriów przyjmowania do poszczególnych typów instytucji oferujących pomoc długookresową sprawia, że często pełnią one wobec siebie rolę substytutów, np. osoby kierowane do domów pomocy społecznej dla osób somatycznie chorych oraz do zakładów opiekuńczo-leczniczych (ZOL) i zakładów pielęgnacyjno-opiekuńczych (ZPO) charakteryzują się podobnym stanem zdrowia [Kozierkiewicz, Szczerbińska 2007: 23]. W pierwszej części podrozdziału omówione zostaną domy pomocy społecznej jako forma pomocy osobom starszym w ramach systemu pomocy społecznej. W drugiej części omówione zostaną instytucjonalne formy opieki długoterminowej świadczone w ramach systemu ochrony zdrowia.

Domy pomocy społecznej są jednostkami organizacyjnymi pomocy społecznej. Dps zajmują się świadczeniami usług opiekuńczych osobom wymagającym całodobowej opieki z powodu wieku, choroby lub niepełnosprawności, czyli osobom, które nie są zdolne do samodzielnego funkcjonowania [Ustawa o pomocy społecznej 2004, Szumlich 1989: 23]. Domy pomocy społecznej wywodzą się z dawnych szpitali, które pełniły głównie rolę przytułków oraz zamkniętych domów opieki [Leś 2001: 38]. Instytucje te ulegały przemianom w poszczególnych okresach historycznych. Znaczne przemiany tych instytucji zaszły w Polsce po II wojnie światowej. Początkowo po wojnie funkcjonował tylko jeden typ domu — dom opieki. Potocznie domy te były nazywane „domami starców”, „domami opieki społecznej”, „przytułkami” [Leś 2001: 38]. Później przyjęła się nazwa domy pomocy społecznej i została ona zastrzeżona w Ustawie o pomocy społecznej z 2004 r. dla stacjonarnych instytucji opiekuńczych mających zezwolenie na prowadzenie działalności od właściwego wojewody i znajdujących się w rejestrze, a osoby korzystające z opieki, czyli dawni pensjonariusze, zostali nazwani mieszkańcami [Leszczyńska-Rejchert 2005: 2]. Zmiana nazwy jeszcze w okresie PRL była związana z przemianami tych instytucji, które polegały na poprawie warunków bytowych i przybliżeniu warunków życia do warunków w domu rodzinnym. Ponadto, biorąc pod uwagę

sprawność fizyczną i stan zdrowia mieszkańców, utworzono dwa podstawowe typy domów pomocy społecznej typu zamkniętego, tj. domy rencistów i domy specjalne. Domy rencistów miały charakter zbliżony do domu mieszkalnego, stanowiły one formę pomocy ludziom starszym, którzy byli sprawni fizycznie i umysłowo, ale nie byli w stanie funkcjonować samodzielnie. Natomiast domy specjalne pełniły rolę placówek leczniczych przeznaczonych dla osób dorosłych przewlekle chorych lub z ciężkim kalectwem fizycznym, których stan nie wymagał leczenia szpitalnego, a tylko opieki lekarskiej i pielęgnarskiej. W latach 60. XX wieku rozpoczęto tworzenie w tych domach oddziałów specjalistycznych, m.in. geriatrycznych, neurologicznych, itp. Jako specjalne typy domów dla przewlekle chorych uznano domy dla niewidomych, domy dla dorosłych upośledzonych umysłowo, itp. [Leszczyńska-Rejchert 2008: 66–67]. Domy rencistów były prowadzone i finansowane przez zespoły opieki zdrowotnej, pozostałe domy przez wojewódzkie wydziały zdrowia i opieki społecznej. Wszystkie domy rencistów były domami państwowymi, pozostałe typy domów były placówkami państwowymi lub społecznymi. Funkcjonowały bowiem domy prowadzone przez Zrzeszenie Katolików „Caritas” oraz domy dotowane i prowadzone przez zgromadzenia zakonne. Ponadto działały domy rencistów o specjalnym przeznaczeniu, np. „Dom Kombatanta”, „Dom Górnik”, „Dom Chemika”, „Dom Nauczyciela” itd. Zmiany, jakie wprowadzono w domach pomocy po II wojnie, oprócz podniesienia standardu domów, polegały na wprowadzeniu odpłatności za pobyt. Odpłatność za koszt pobytu wynosiła do 75% otrzymywanej emerytury lub renty, ale nie mogła ona przekroczyć rzeczywistych kosztów utrzymania ustalonych przez Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej. W przypadku osób nieposiadających emerytury lub renty koszt pobytu pokrywały osoby zobowiązane do alimentacji [Oleszczyńska, Karczewski 1986: 243–254]. Do roku 1970 domy rencistów i domy dla przewlekle chorych sprawowały głównie opiekę pielęgnacyjną. Dopiero w latach 70. XX wieku w domach rencistów zaczęto organizować działalność kulturalną i terapię zajęciową.

Stopniowo domy pomocy społecznej o charakterze opiekuńczym przekształcono na początku lat 90. XX wieku w placówki rehabilitacyjno-leczniczo-opiekuńcze. Przełomem w działalności dps było uchwalenie ustawy o pomocy społecznej z dnia 29 listopada 1990 r. Od tego czasu dps przestały podlegać resortowi zdrowia, a zostały przesunięte do resortu pracy. Organizacja i zakres zadań dps zostały uregulowane Rozporządzeniem Ministerstwa Pracy i Opieki Społecznej z dnia 2 lutego 1993 (Dziennik Ustaw nr 13 z 1993 r., poz. 63). W rozporządzeniu tym stwierdzono, że „zakres i poziom świadczeń domu powinien uwzględnić stopień psychicznej i fizycznej sprawności mieszkańców, ich prawo do intymnego, godnego życia, ochronę dóbr osobistych oraz możliwość zachowania samodzielności i wyboru stylu życia”.

Jak wskazuje Z. Szarota, zwrócono wówczas uwagę na konieczność podmiotowego traktowania mieszkańca dps w odniesieniu do potrzeb socjalno-opiekuńczych, jak i społeczno-kulturalnych [Szarota 1998: 80–88].

W 2004 roku została wprowadzona nowa ustawa o pomocy społecznej. Zgodnie z tą ustawą w Polsce istnieje obecnie sześć typów dps przeznaczonych dla [Ustawa o pomocy społecznej 2004]:

- 1) osób w podeszłym wieku,
- 2) osób przewlekle somatycznie chorych,
- 3) osób przewlekle chorych psychicznie,
- 4) dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie,
- 5) osób niepełnosprawnych fizycznie,

6) dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie.

Osoby starsze zamieszkują praktycznie we wszystkich typach dps z wyjątkiem ostatniego. Zgodnie z tym aktem prawnym, 70% emerytury bądź renty mieszkańca jest przeznaczane na pokrycie kosztów pobytu seniora w dps, pozostałą część kosztów powinni ponieść członkowie rodziny, ale jeśli nie mają środków finansowych na pokrycie pełnych kosztów przebywania osoby starszej w dps, to obowiązek ten przejmuje budżet gminy, na terenie której zamieszkiwał klient. Średni miesięczny koszt pobytu mieszkańca w domu pomocy społecznej wahał się w granicach 1500–2600 zł w 2008 roku, podczas gdy średnia miesięczna emerytura wypłacana przez ZUS wynosiła 1471 zł, a przez KRUS 905 zł (średnia miesięczna renta wynosi odpowiednio 1096 zł i 686 zł) [ZUS 2009: 87]. Gminy w większości przypadków muszą pokrywać część kosztów związanych z pobytem osoby starszej w dps. Przed wprowadzeniem ustawy w 2004 roku dofinansowanie pochodziło z budżetu państwa, który przekazywał je gminie w postaci funduszu celowego.

W Polsce na koniec 2008 roku funkcjonowało 877 domów pomocy społecznej, z czego 650 to domy samorządów powiatowych, a 227 to domy prowadzone przez podmioty niepubliczne [GUS 2008: 203]. We wszystkich województwach, poza śląskim, istnieje prawie dwukrotnie więcej domów prowadzonych przez samorządy powiatowe niż tych należących do niepublicznych podmiotów. Łącznie w 877 domach pomocy społecznej w 2008 roku przebywało 78 871 mieszkańców, a liczba miejsc wynosiła 79 752. W domach podlegających samorządom powiatowym przebywało 65 335 osób (65 897 396 miejsc), w domach prowadzonych przez niepubliczne podmioty 13 536 osób (13 855 miejsc) [GUS 2008: 203–204]. Najmniej miejsc w dps w przeliczeniu na 10 000 mieszkańców jest w województwie pomorskim (17 miejsc), śląskim (17 miejsc) i mazurskim (18 miejsc), najwięcej zaś w województwie opolskim — 27 miejsc, w łódzkim — 26, a w świętokrzyskim i wielkopolskim — 25. Należy zaznaczyć, że dane te dotyczą wszystkich typów domów pomocy społecznej, a nie tylko tych, w których przebywają osoby starsze.

Należy również zwrócić uwagę na placówki zapewniające całodobową opiekę osobom w podeszłym wieku. Powstawanie tych placówek wpisuje się w szersze ramy przekazywania zadań publicznych podmiotom prywatnym (tzw. prywatyzacja zadań publicznych) [Sierpowska 2007: 249–250]. Zakres usług świadczonych przez tego typu instytucje jest podobny do tych świadczonych przez dps. Różnica występuje np. w zakresie maksymalnej liczby mieszkańców. Ustawodawca ustalił tę liczbę w dps na 100 osób, a w przypadku placówek zapewniających całodobową opiekę nie ma limitu liczby mieszkańców. Przy czym jeśli nie ma wystarczającej liczby miejsc w domach pomocy społecznej ośrodek pomocy społecznej może podpisać umowę z daną placówką świadczącą całodobową opiekę wyłonioną w otwartym konkursie i skierować do niej klienta oczekującego na miejsce w dps.

Pomoc semiinstytucjonalna świadczona w ramach systemu pomocy społecznej to opieka zapewniana seniorowi w dziennych domach pomocy społecznej (ddps), w których osoba starsza przebywa przez kilka godzin w ciągu dnia. Tworzone są domy dla osób z chorobą Alzheimera, ułatwiające opiekunom osób starszych godzenie pracy zawodowej z opieką nad członkiem rodziny dotkniętym tą chorobą.

W ramach opieki oferowanej przez NFZ można wyróżnić placówki:

- 1) opieki zamkniętej,
- 2) opieki ambulatoryjnej,
- 3) opieki dziennej.

Uzupełnieniem powyższej typologii są oddziały rehabilitacyjne oraz geriatryczne. Osoby starsze są największą grupą pacjentów tych oddziałów.

Opieka w placówkach zamkniętych, zapewniających usługi opiekuńcze finansowane przez NFZ, jest świadczona w ramach [Kozierkiewicz, Szczerbińska 2007: 10]:

- 1) oddziałów opieki paliatywnej,
- 2) oddziałów dla osób przewlekle chorych,
- 3) hospicjów,
- 4) zakładów pielęgnacyjno-opiekuńczych (ZPO),
- 5) zakładów opiekuńczo-leczniczych (ZOL).

Na szczególną uwagę zasługują ZOL i ZPO, które jak — już wspomniano — często zastępują domy pomocy społecznej dla osób somatycznie chorych w opiece nad osobami starszymi.

Problemy w zakresie podziału zadań pomiędzy system ochrony zdrowia a system pomocy społecznej występują obecnie praktycznie we wszystkich Unii Europejskiej. Badacze zajmujący się tą tematyką wskazują na konieczność wypracowania zintegrowanego systemu pomocy osobie starszej, tak aby następowało płynne przechodzenie pomiędzy systemami.

5. Formy pomocy osobom starszym w wybranych krajach Unii Europejskiej

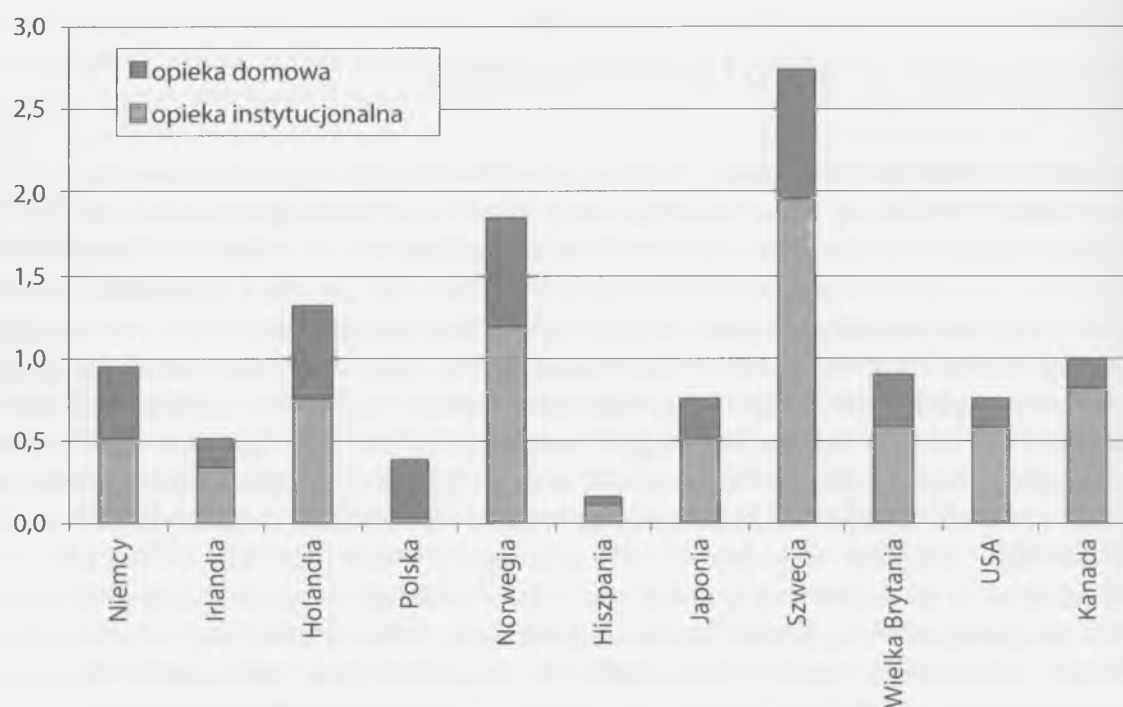
Proces starzenia demograficznego Europy powoduje wzrost zapotrzebowania na różne formy pomocy społecznej. Wraz ze wzrostem parytetu nabywczego dochodów osób starszych rośnie zapotrzebowanie na różnorodność form opieki. To właśnie różnorodność istniejących w krajach Europy Zachodniej form opieki oferowanych ludziom starszym jest główną różnicą pomiędzy tymi państwami a Polską. Jednak można się spodziewać, że wraz ze wzrostem zamożności Polaków będzie również pojawiać się bardziej zróżnicowana oferta opieki nad osobami starszymi oraz będzie się poprawiać jakość tej już istniejącej. Dyspersji form odpowiada zróżnicowanie kosztów owej opieki w skali makro; udział wydatków na opiekę nad osobami starszymi tylko w czterech krajach Unii Europejskiej przekracza 1% produktu krajowego brutto. W Szwecji wynosi 2,8% PKB, w Danii 1,78% PKB, w Wielkiej Brytanii — 1,4% a w Austrii 1,03% [OECD 2005: 26–29].

Zróżnicowanie form pomocy osobom starszym powoduje, że płynna jest granica pomiędzy długookresowym wsparciem a incydentalną pomocą udzielaną przez rodzinę i państwo. Natomiast wielość typów domów dla osób starszych powoduje, że klasyfikacja poszczególnych rodzajów domów jest trudna. Generalnie domy dla osób starszych najprościej można podzielić ze względu na sektor oferujący usługi tego typu: sektor organizacji pozarządowych (NGO), sektor publiczny oraz sektor komercyjny.

Należy zwrócić uwagę, że zapotrzebowanie na opiekę wzrasta wraz z wiekiem. Odsetek osób wymagających pomocy przy wykonywaniu codziennych czynności wśród osób będących w wieku 75 lat i więcej jest spowodowany częstszym występowaniem niepełnosprawności. Opieka długoterminowa jest adresowana nie tylko do osób starszych. Jednak ze względu na zwiększony odsetek wśród seniorów osób nieradzących sobie z wykonywaniem codziennych czynności w krajach rozwiniętych większość klientów opieki instytucjonalnej to osoby starsze. Osoby starsze najczęściej uzyskują pomoc

w swoim środowisku zamieszkania, a polityka Unii Europejskiej ukierunkowana jest na rozwój lokalnych sieci wsparcia. Gdy jednak instytucje pomocy środowiskowej, sieć rodzinna oraz sieć kontaktów koleżeńskich nie mogą zapewnić należytej opieki w dotychczasowym środowisku seniora, niezbędna staje się pomoc instytucjonalna. Opieka długoterminowa obejmuje zgodnie z założeniami OECD zarówno opiekę środowiskową, jak i instytucjonalną. Długoterminowa opieka instytucjonalna obejmuje swoim zakresem nie tylko specjalistyczne oddziały opieki paliatywnej, lecz również instytucje zapewniające klientom pomoc przy wykonywaniu codziennych czynności, takich jak: ubieranie, toaleta, czy jedzenie.

W skali wydatków przeznaczanych na opiekę długoterminową w krajach wysoko rozwiniętych przodują kraje skandynawskie — Szwecja i Norwegia (rysunek 6). Jest to związane z rozwiniętym zakresem obowiązków państwa opiekuńczego, a tym samym realizowanym modelem polityki społecznej. Dodatkowo zwiększonym nakładom na pomoc instytucjonalną towarzyszą zmiany modelu rodziny. Państwo przejmuje funkcje dawniej należące do rodziny. Najniższe wydatki na opiekę długoterminową są w krajach, gdzie rodzina jest nadal głównym podmiotem sprawującym opiekę nad osobami niesamodzielnymi, które wymagają pomocy w codziennej egzystencji, tj. w Polsce, Irlandii, Hiszpanii, Japonii.



Rys. 6. Wydatki publiczne w zakresie opieki długoterminowej jako procent PKB w 2000 r. w wybranych krajach OECD

Źródło: Long-term Care for Older People, OECD, Paris 2005, s. 28–29.

Kraje ponoszące największe nakłady na pomoc instytucjonalną mają jednocześnie najwyższy odsetek osób starszych (65 lat i więcej) korzystających z tej formy opieki. Odpowiednio w 2000 r. w Szwecji i Norwegii korzystało z usług instytucjonalnej opieki 7,9% i 6,0% osób starszych (tabela 10). Niestety w statystykach OECD w tym zakresie nie są uwzględnione dane dla Polski.

Tabela 10. Odsetek osób w wieku 65 lat i więcej korzystających z pomocy instytucjonalnej

Kraj	Rok	Udział (%)
Austria	2000	3,6
Kanada	1998	3,7
Niemcy	2003	3,9
Holandia	2000	2,4
Norwegia	2000	6,0
Japonia	2000	3,2
Szwecja	2000	7,9
Wielka Brytania	2000	5,1
USA	1999	4,3

Źródło: Long-term Care for Older People, OECD, Paris 2005, s. 26.

W dalszej części zaprezentowana zostanie sytuacja w zakresie długookresowej opieki nad osobami starszymi w różnych krajach Unii Europejskiej. Wybrane kraje różni nie tylko zaprezentowany już poziom wydatków na pomoc osobom starszym, lecz również model rodziny, kształt sieci wsparcia sąsiedzkiego. Powyższe różnice powodują, że — o ile dany projekt w jednym kraju może się sprawdzić — w innym może nie funkcjonować lub być mało efektywny. Różnice kulturowe sprawiają, iż ten sam cel jest osiąganym w różny sposób, co jest odzwierciedleniem ideologii, poziomu rozwoju gospodarczego, wyposażenia kulturowego.

Austria

W Austrii ponad 50% osób w wieku 75 lat i więcej korzysta z pomocy oferowanej przez państwo (zarówno finansowej, jak i w postaci usług). Około 80% osób starszych uzyskuje pomoc w miejscu zamieszkania [BMSG 2006]. Jedną z form pomocy finansowej jest zasiłek opiekuńczy, który jest został podzielony na 7 stopni w zależności od potrzeb. Zakres pomocy jest bardzo różnorodny, od robienia zakupów, poprzez pomoc w ubieraniu się, do całodobowej opieki i pomocy przy wykonywaniu wszystkich codziennych czynności

W Wiedniu ponad 80% miejsc w domach przeznaczonych dla osób starszych jest oferowanych przez organizacje pozarządowe, ponad 11% przez firmy prywatne, a tylko niespełna 9% przez sektor publiczny [Gestern, heute... 2007: 31]. Wiedeń jest jedynym austriackim landem z tak dużym udziałem miejsc oferowanych przez organizacje pozarządowe (średnio jest to około 27%) [Gestern, heute... 2007: 31]. W ofercie skierowanej do osób starszych jest dużo rozwiązań mających na celu zapewnienie im jak najdłuższej samodzielności.

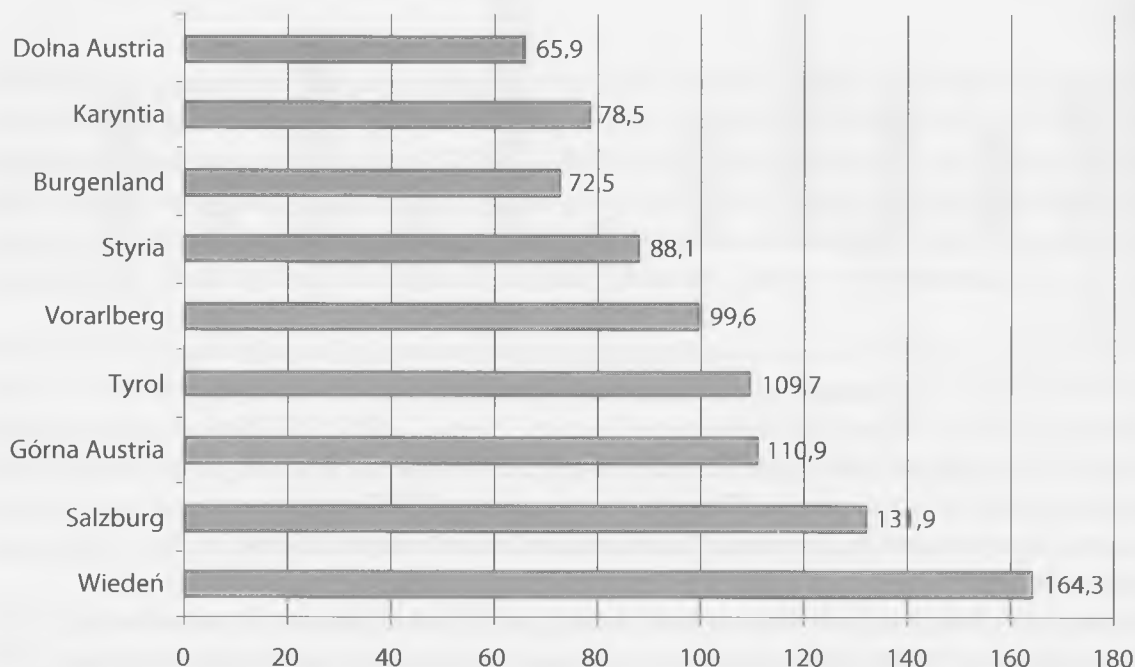
Forma mieszkania oferowana osobie starszej zależy od jej kondycji, zarówno fizycznej, jak i psychicznej [WHO 2002]. Dla osób całkowicie sprawnych, które nie potrzebują żadnej pomocy w wykonywaniu codziennych czynności, sektor komercyjny oferuje mieszkania oraz domy na osiedlach, na których znajdują się wszystkie potrzebne punkty usługowe oraz usługi medyczne. Takie osiedla są praktycznie samowystarczalne.

Interesującą formą pomocy osobom starszym, które nadal chcą mieszkać w swoim dotychczasowym środowisku, jest projekt realizowany przez władze miasta Linz we współpracy z prywatną firmą, pt. *Myślące mieszkanie* (albo *Intelligentne mieszkanie*). Specjalne czujniki umieszczone w domach i mieszkaniach osób starszych mają wykrywać pożar, ulatniający się gaz, a informacje mają być wysyłane do centralnego komputera. Taka forma pomocy ma zapewnić osobie starszej nie tylko bezpieczeństwo, lecz również komfort psychiczny. Miesięczny koszt utrzymania takiego mieszkania wynosi od 70 do 100 euro [Szweda-Lewandowska 2008: 197–205].

Osoby starsze często decydują się na zamieszkanie w bloku, w którym każdy lokator ma oddzielne mieszkanie, zaś na parterze jest gabinet lekarski oraz rehabilitacyjny, a architektura umożliwia swobodne poruszanie się osobom z problemami motorycznymi [BMSG 2005a]. Znacznie droższą formą mieszkania są apartamenty, w których jest zapewniona całodobowa pomoc. Osoby korzystające z takiej formy pomocy nie muszą gotować, mogą korzystać z restauracji, jeśli jednak chcą przyrządzać same posiłki, mają taką możliwość. Oczywiście na miejscu dostępne są usługi rehabilitacyjne oraz pomoc lekarska.

Wraz z utratą samodzielności osobom starszym oferowane są „klasyczne” formy pomocy, takie jak dwuosobowe pokoje, gdzie jest całodobowy dyżur pielęgniarski i lekarski, oraz dla osób z demencją lub osób, które nie mogą się już poruszać, sale czteroosobowe.

W 2006 roku najwięcej miejsc w domach przeznaczonych dla osób starszych w przeliczeniu na 1000 mieszkańców w wieku powyżej 75 lat było w Wiedniu (164 miejsca). Najmniej miejsc, bo tylko 65,9 i 78,5 w przeliczeniu na 1000 mieszkańców powyżej 75 lat, w domach opieki przeznaczonych dla osób starszych było odpowiednio w dolnej Austrii oraz Karyntii (rysunek 7).



Rys. 7. Liczba miejsc w domach dla osób starszych przypadająca na 1000 mieszkańców w wieku powyżej 75 lat w poszczególnych landach Austrii w 2006 roku

Źródło: Gestern, heute, morgen, Lebensweltheim Dachverband der Alten- und Pflegeheime Österreichs, Wien 2007, s. 54.

Republika Federalna Niemiec

Mieszkania w blokach dostosowanych do potrzeb osób starszych, apartamenty, pokoje w domach dla osób starszych są formą zamieszkania najczęściej wybieraną przez niemieckich seniorów. Różnorodność form mieszkalnictwa dla osób starszych w Niemczech jest podobna do tej występującej w Austrii. Zarówno w Austrii, jak i w Niemczech, seniorzy coraz częściej wybierają wspólnoty mieszkaniowe. Wspólnoty mieszkaniowe (*Wohn-gemeinschaft*), które jeszcze kilka lat temu kojarzyły się wyłącznie z życiem studenckim, obecnie coraz częściej stają się formą mieszkania wybieraną przez seniorów. Mieszkanie w takiej wspólnocie obejmuje pokoje z łazienkami oraz pomieszczenia użytkowane wspólnie: kuchnię, pralnię. Taka forma mieszkania zapobiega alienacji oraz wyobcowaniu seniora, który ma kontakt z osobami znajdującymi się w podobnej sytuacji życiowej i mających podobne problemy. Jednocześnie — dzięki efektowi skali — zmniejszane są koszty stałe związane z utrzymaniem i wyposażeniem kuchni czy pralni. Osoby mieszkające w takiej wspólnocie mogą również liczyć na wzajemną pomoc, np. w wypadku choroby. Wspólnota mieszkaniowa jest adresowana do osób samodzielnych, charakteryzujących się dobrym stanem zdrowia.

Seniorzy mający problemy zdrowotne w zależności od stopnia niesamodzielności otrzymują pomoc w miejscu zamieszkania lub w odpowiedniej instytucji. Świadczenie z ubezpieczenia pielęgnacyjnego (*Pflegeversicherung*), które jest obecnie obowiązkowe w Niemczech, ma na celu finansowanie pomocy kierowanej do osoby niepełnosprawnej lub chorej w jej miejscu zamieszkania [Błędowski 1999: 65]. Wysokość wypłat z ubezpieczenia na pokrycie kosztów opieki nad seniorem jest uzależniona od potrzeb danej osoby i jest podzielona na 3 stopnie. Stopnie te są zróżnicowane zarówno pod względem zakresu czynności, jak [i ilości godzin udzielanej pomocy (I stopień to 90 minut pomocy dziennie, II — 3 godziny, III — 5 godzin)] [Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2005]. Jeśli osoba wymaga umieszczenia w instytucji zapewniającej całodobową opiekę, świadczenia z ubezpieczenia opiekuńczego pokrywają tylko koszty opieki. Koszty pobytu oraz wyżywienia w domu pomocy klient musi pokryć we własnym zakresie. Ze świadczeń z ubezpieczenia opiekuńczego mogą korzystać osoby, które płacą składki dłużej niż 5 lat. Jednak większość beneficjentów to osoby starsze. Należy podkreślić, że najważniejszym celem polityki społecznej w Niemczech jest integracja osób starszych w społeczeństwie. Cel ten jest realizowany poprzez różnorodność usług oferowanych w lokalnym środowisku [Błędowski 1999: 138–140].

Francja

We Francji instytucjonalną pomoc skierowaną do osób starszych można podzielić na dwie główne grupy: placówki opieki długoterminowej oraz domy dla osób starszych. Pierwsza grupa placówek jest skierowana do osób wymagających całodobowej opieki pielęgniarско-lekarskiej, gdy ich stan zdrowia uniemożliwia wykonywanie codziennych czynności bez pomocy innej osoby. Większość osób przebywających w tych placówkach to osoby powyżej 75 lat. Natomiast domy dla osób starszych przeznaczone są dla seniorów niewymagających asysty przy wykonywaniu podstawowych czynności codziennej egzystencji. Ze względu na dynamiczny wzrost liczby „najstarszych starych”, czyli osób w wieku 85 lat i więcej, rośnie zapotrzebowanie na miejsca w placówkach

pierwszego typu. Aby sprostać temu wyzwaniu, niektóre domy dla osób starszych posiadają łóżka intensywnej opieki medycznej, a zatem są przystosowane do opieki nad osobami o znacznym stopniu niepełnosprawności.

Większość placówek świadczących pomoc osobom starszym jest prowadzona przez gminy. Jednak, podobnie jak w Austrii, w sektorze opieki nad osobami starszymi działają instytucje prywatne oraz organizacje pozarządowe. We Francji w dziedzinie opieki obserwujemy podobne trendy jak w większości krajów europejskich. Decydenci dążą do zapewnienia jak najlepszej opieki w dotychczasowym środowisku osoby starszej. Koszt opieki środowiskowej jest niższy niż stacjonarnej, długookresowej opieki instytucjonalnej. O przyznaniu opieki środowiskowej decyduje lekarz, a zapewnia ją gmina.

Interesującą formą opieki instytucjonalnej są powstałe w latach siedemdziesiątych XX wieku domy typu *logements-foyers*. Są to domy przeznaczone dla osób charakteryzujących się dobrym stanem zdrowia i mogących samodzielnie egzystować. *Logements-foyers* to zespoły mieszkań, gdzie osoby starsze mogą prowadzić autonomiczne życie, jeśli jednak mieszkaniiec nie chce samodzielnie wykonywać pewnych czynności, takich jak na przykład gotowanie, pranie lub sprzątanie, może korzystać z jadalni, pralni lub usług personelu sprząającego [Kuczyńska 2007: 50–54]. Dodatkowo w domach tych jest kierowana do mieszkańców oferta terapeutyczna, zajęciowa oraz rekreacyjna.

Oferta domów typu *logements-foyers*, jak i domów dla osób starszych — *maisons de retraite* — jest skierowana do osób o dobrym stanie zdrowia, które nie wymagają asysty w wykonywaniu codziennych czynności. Dla osób cierpiących na choroby uniemożliwiające samodzielne bytowanie przeznaczone są instytucje opieki długoterminowej. Koszt pobytu w takiej instytucji, ze względu na obecność personelu pielęgniarско-lekarskiego, jest wyższy niż w poprzednio wspomnianych domach.

We Francji oprócz opieki środowiskowej oraz instytucjonalnej rozwinięta jest również pomoc dla rodzin i opiekunów osób starszych. Są domy dziennego pobytu, które zapewniają opiekę seniorom w czasie, gdy ich opiekunowie pracują zawodowo. Dodatkowo w domach dla osób starszych są tworzone miejsca tymczasowego pobytu, np. gdy opiekunowie wyjeżdżają i nie mogą przez jakiś czas sprawować opieki nad osobą starszą.

Wielka Brytania

Przejęcie w Wielkiej Brytanii przez instytucje roli opiekuńczej, która do lat siedemdziesiątych XX wieku była sprawowana przez rodzinę zaowocowało rozwiniętymi i różnorodnymi formami opieki nad osobami starszymi [Grundy 1996: 14–20]. Obecnie jednym z celów polityki społecznej wobec osób starszych w Wielkiej Brytanii jest zwiększenie pomocy środowiskowej oraz szersze włączenie rodziny w opiekę nad osobą starszą. Jedną z metod aktywizacji jest włączanie przez lokalne władze opiekunów osób starszych do tworzenia lokalnych regulacji dotyczących osób starszych i opieki nad nimi. Należy jednak zaznaczyć, że w opiece nad osobami starszymi przeważa opieka nieformalna [Knapp, Forder, Kendall, Pickard 2004: 78]. Tylko około 4% osób w wieku 65 lat i więcej oraz 12% w wieku 80 lat i więcej przebywa w domach pomocy społecznej, zakładach opieki długoterminowej lub domach dla osób starszych (*residential*). Pomoc finansowa w opłaceniu pobytu w placówkach zapewniających opiekę nad osobą starszą uzależniona jest od jej statusu materialnego. Osoby starsze są zobowiązane do pokrycia kosztów pobytu w instytucji opieki długoterminowej, jeśli ich majątek szacowany jest

na więcej niż 21000 funtów [Hancock, Wittenberg, Pickard, Comas-Herrera, Juarez-Garcia, King, Malley 2007: 2–5]. Osoby posiadające mniejsze zasoby finansowe partycypują w kosztach otrzymywanej pomocy, ale lokalny samorząd jest zobowiązany do pomocy finansowej. Koszty opieki nad osobami starszymi w Wielkiej Brytanii stanowiły w 2002 1,5% PKB.

W Wielkiej Brytanii można wyróżnić dwa główne typy instytucji świadczących usługi opiekuńcze kierowane do osób starszych:

- 1) domy dla osób starszych (*residential home*),
- 2) zakłady opieki długoterminowej (*nursing home*).

Pierwsze zapewniają podstawową opiekę w zakresie codziennej egzystencji, zaś osoby zamieszkujące te domy charakteryzują się dobrym stanem zdrowia umożliwiającym samodzielne wykonywanie większości czynności dnia codziennego. Drugi typ instytucji jest „zmedykalizowany”, a zwiększona liczba personelu medycznego zapewnia opiekę osobom niesprawnym oraz chorym.

Jedną z najistotniejszych kwestii jest wybór odpowiedniej (optymalnej) instytucji, w której będzie mieszkała osoba starsza. Standardy w zakresie opieki nad osobami starszymi uwzględniają nie tylko wybór instytucji, która może zapewnić najlepszą opiekę w zależności od stopnia niepełnosprawności, lecz również brany jest pod uwagę czynnik kulturowy. Osoby nie posługujące się językiem angielskim powinny być (jeśli istnieje taka możliwość) umieszczane w domach, gdzie obsługa mówi w języku przyszłego mieszkańca (dotyczy to szczególnie mniejszości posługującej się językiem arabskim). Osoby, których przekonania religijne nakazują przestrzeganie odpowiedniej diety, powinny być kierowane do domów, w których posiłki przygotowywane są zgodnie ze standardami obowiązującymi w danej religii [Department of Health, Care Homes for Older People 2000: 3].

Szwecja

Szwecja należy do krajów mających jeden z najwyższych odsetków osób w wieku 65 lat i więcej oraz 80 lat i więcej wśród krajów Unii Europejskiej. Osoby w wieku 65 lat i więcej stanowią 17,35 populacji Szwecji, a osoby w wieku 80 lat i więcej stanowią 5,3% [Swedish Institute 2008]. Tym, co wyróżnia Szwecję spośród krajów wysoko rozwiniętych, jest wielkość nakładów na opiekę nad osobami starszymi. Zgodnie z raportem OECD z 2005 roku wydatki te stanowią 2,8% PKB. Koszty opieki instytucjonalnej kierowanej do osób starszych w 2005 roku wyniosły 80,3 mld. SEK. Koszty opieki w domach zapewniających całodobową opiekę lekarsko-pielęgniarską stanowiły 64%, a koszty w domach dla osób o dobrym stanie zdrowia 34%.

Zapewnienie właściwej opieki osobie starszej jest zadaniem władz lokalnych, które powinny mieć rozeznanie w zakresie potrzeb mieszkańców danego regionu. Obecnie obserwowany jest trend spadkowy liczby mieszkańców, zarówno w domach zapewniających specjalistyczną opiekę, jak i w domach dla osób starszych o dobrym stanie zdrowia. Jednocześnie wzrasta zatem pomoc udzielna w środowisku zamieszkania seniorów. Zwiększenie się liczby klientów pomocy środowiskowej jest wynikiem szerokiej oferty skierowanej do osób starszych. Pomoc środowiskowa w Szwecji zapewnia nie tylko pomoc w wykonywaniu codziennych czynności, takich jak: pranie, gotowanie czy zakupy, ale również dostarczanie posiłków, zakładanie alarmów, zapewnianie transportu. Pozosta-

wanie w swoim miejscu zamieszkania ułatwia brak barier architektonicznych, zarówno w miejscach publicznych, jak i w domach, które muszą być przystosowane do potrzeb osób niepełnosprawnych. Stare domy w trakcie remontów są przystosowywane do obecnych norm i wymogów prawnych, nakazujących przekształcanie przestrzeni tak, aby ułatwić poruszanie się osobom niepełnosprawnym.

Pomimo rozwiniętej sieci pomocy środowiskowej oferowanej osobom starszym, 15% Szwedów w wieku powyżej 65 lat mieszka w domach pomocy (6,4% w domach zapewniających całodobową opiekę lekarsko-pielęgniarską, a 8,6% w domach dla osób o dobrym stanie zdrowia) [Government Office of Sweden 2007]. Domy te mogą być prowadzone zarówno przez samorządy lokalne, jak i instytucje prywatne czy organizacje pozarządowe. Jednak — bez względu na podmiot będący właścicielem domu — władze lokalne są zobowiązane do przeprowadzania systematycznych kontroli wypełniania ustawowych standardów. W 2006 roku około 14% domów było prowadzonych przez prywatne firmy. Średnia liczba osób przypadających na pokój to 1,5 osoby. Osoby mieszkające w jednym pokoju to zazwyczaj małżeństwa lub osoby pozostające w stałym związku. W większości domów kuchnia jest wspólna dla dwóch mieszkańców. Podobnie jak w przypadku wcześniej opisywanych krajów, Szwecja charakteryzuje się dużą różnorodnością form pomocy stacjonarnej — od mieszkań przystosowanych dla potrzeb osób starszych przez apartamenty do sal kilkuosobowych.

6. Podsumowanie

W związku z postępującym procesem starzenia się społeczeństwa polskiego oraz narażającymi problemami najstarszej generacji konieczne jest budowanie nowej polityki społecznej, w tym polityki społecznej wobec osób starszych. W Polsce brak jednoznacznie wyodrębnionych działań, których podmiotem jest człowiek w podeszłym wieku. Dlatego też istnieje potrzeba utworzenia nowego podsystemu polityki społecznej, którego celem byłoby zapobieganie i rozwiązywanie kwestii ludzi starych. Przytoczone w rozdziale definicje polityki społecznej wobec ludzi starszych wskazują na potrzebę działań umożliwiających jak najdłuższe zachowanie samodzielności, kontaktów ze środowiskiem oraz pozostawania w dotychczasowym miejscu zamieszkania przez seniora. Pomoc instytucjonalna powinna być rozwiązaniem ostatecznym. Wraz ze wzrostem odsetka osób najstarszych będzie wzrastała rola opieki długoterminowej. Dodatkowo zmiany strukturalno-funkcjonalne zachodzące w rodzinie będą obciążały opieką nad osobami starszymi społeczności lokalne oraz państwo.

Polityka społeczna krajów Unii Europejskiej kieruje się zasadą subsydiarności, czyli rola państwa rozpoczyna się wtedy, gdy rodzina nie może wypełniać obowiązków względem swoich członków. Tak więc rola państwa powinna się sprowadzać w pierwszej kolejności do wspierania samodzielności osób starszych w ich własnym środowisku. Stratyfikacja usług pozwoli na lepsze dopasowanie formy pomocy do stanu zdrowia i sytuacji rodzinnej beneficjanta. Zadania władz powinny iść w kierunku pomocy rodzinom w sprawowaniu opieki nad osobami starszymi, nie powinny to być jednak działania całkowicie substytucyjne wobec roli rodziny. Wzorce w zakresie rozwoju długookresowej pomocy są różnorodne pozostaje tylko pytanie, jak sprawdziłyby się one w polskiej rzeczywistości. W krajach Europy Zachodniej obserwuje się odchodzenie od modelu państwa opiekuńczego na rzecz tworzenia modelu państwa wspólnotowego [Trafia-

łek 2003: 85]. Oznacza to, że każdy człowiek ma prawo do godnego życia, ale odpowiedzialnością za jego poziom musi być obciążony w takim samym stopniu zainteresowany jak również państwo i całe społeczeństwo. Przy takim podejściu najważniejszym przedmiotem polityki społecznej jest otwarta infrastruktura środowiska lokalnego. W Polsce poziom życia ludzi starszych wyznaczony jest ograniczonymi świadczeniami emerytalnymi za co odpowiedzialne jest nadal państwo. Porównując zakres opieki nad osobami starszymi w krajach Europy Zachodniej z sytuacją występującą w Polsce, można wnioskować, że w naszym kraju niezbędny jest dalszy rozwój usług opiekuńczych, a przede wszystkim zwiększenie ich różnorodności. Doświadczenia wymienionych krajów w zakresie opieki nad osobami starszymi pokazują, że niezbędne jest zachowanie równowagi pomiędzy stacjonarną pomocą a usługami opiekuńczymi. Dodatkowo w opiekę nad seniorem powinna być włączona rodzina, nawet wtedy gdy osoba starsza przebywa w instytucji świadczącej wsparcie. Sytuacja wymienionych krajów pokazuje, że instytucje zapewniające całodobowe usługi opiekuńcze zastępują często rodzinę w opiece nad seniorem prowadzi to do alienacji seniorów i powstawania enklaw zamieszkałych przez osoby starsze.

Literatura

1. Adamski A., 2002, *Rodzina. Wymiar społeczno-kulturowy*, Wyd. Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków
2. Balcerzak-Paradowska B., 2004, *Rodzina i polityka rodzinna na przełomie wieków: przemiany, zagrożenia, potrzeba badań*, IPiSS, Warszawa
3. Beauvoir de S., 1996, *The Coming of Age*, WW Norton & Company, New York
4. Bednarz M., 2008, *Polityka społeczna jako zaspokajanie istotnych potrzeb społecznych*, Wyd. KPSW, Bydgoszcz
5. Bełch K., 2007, *Katolicka nauka społeczna*, Jedność, Kielce
6. Błędowski P., 1998, *Samodzielność osób starszych jako zadanie polityki społecznej*, „Gerontologia Polska”, nr 6 (3-4)
7. Błędowski P., 1999, *Polityka społeczna wobec osób starszych w Unii Europejskiej i w Polsce*, [w:] K. Głąbicka (red.), *Społeczne skutki integracji Polski z Unią Europejską*, Dom Wyd. Elipsa, Warszawa
8. Błędowski P., 1999, *Ubezpieczenie pielęgnacyjne w Niemczech*, [w:] S. Golinowska (red.), *Ku godnej aktywnej starości. Raport o rozwoju społecznym Polska*, UNDP, Warszawa
9. Błędowski P., 2002, *Lokalna polityka społeczna wobec ludzi starych*, SGH, Warszawa
10. BMSG (Bundesministerium für Soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz), 2006, *Politik für Menschen: Aufgaben, Leistungen und Massnahmen des Sozialministeriums*, BMSG, Wien
11. BMSG (Bundesministerium für Soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz), 2005a, *Qualitätskriterien im Tourismus für Behinderte und Ältere Menschen*, BMSG, Wien
12. Bojanowska E., 2008, *Opieka nad ludźmi starszymi*, [w:] P. Szukalski (red.), *To idzie starość. Postawy osób w wieku przedemerytalnym. Raport z badania*, ZUS, Warszawa
13. Bourdieu P., Passeron J. C., 1990, *Reprodukcja. Elementy teorii systemu nauczania*, PWN, Warszawa
14. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2005, *Stationäre Pflege*, artykuł dostępny na stronie http://www.hilfe-und-pflege-im-alter.de/content/showarticles.php?id_art=19&PHPSESSID=e3e29ffdbd074a582d3bd4c52d44d0f9 w dn. 8.10.2008 r.
15. Cantor H. M., 1975, *Life Space and the Social Support System of the Inner City Elderly of New York*, „The Gerontologist”, 15
16. Cantor H. M., 1983, *Strain Among Caregivers: a Study of Experience in the United States*, „The Gerontologist”, 23
17. Carstensen L. L., 1992, *Social and Emotional Patterns in Adulthood: Support for Socioemotional Selectivity Theory*, „Psychology and Ageing” (7)
18. *Co każdy powinien wiedzieć o „domach seniorów”*, dane dostępne na stronie: http://www.mps.gov.pl/index.php?gid=5&news_id=941 w dniu 2.08.2008 r.
19. Department of Health, 2000, *Care Homes for Older People. National Minimum Standards*, The Stationery Office, London
20. *Diagnoza Społeczna 2005. Warunki i jakość życia Polaków*, 2005, J. Czapiński, T. Panek (red.), Rada Monitoringu Społecznego, Warszawa
21. *Diagnoza Społeczna 2009. Warunki i jakość życia Polaków*, 2009, J. Czapiński, T. Panek (red.), Rada Monitoringu Społecznego, Warszawa

22. *Encyklopedia wiedzy politycznej*, 2005, M. Chmaja, J. Marszałek-Kawa, W. Sokół (red.), Wyd. Adam Marszałek, Toruń
23. Erikson E. H., 2002, *Dopełniony cykl życia*, Rebis, Warszawa
24. Esping-Andersen G., 1990, *The Three Worlds of Welfare Capitalism*, Polity Press, Cambridge
25. Frąckiewicz L., 1985, *Karta praw człowieka starego*, Inst. Wyd. Związków Zawodowych, Warszawa
26. Frąckiewicz L., 2002, *Społeczne i ekonomiczne konsekwencje procesu starzenia się ludności*, [w:] L. Frąckiewicz (red.), *Polska a Europa procesy demograficzne u progu XXI wieku*, Śląsk, Katowice
27. Frąckiewicz L., 2003, *Społeczne i ekonomiczne konsekwencje procesu starzenia się ludności*, [w:] L. Dziewięcka-Bokuń, K. Zamorska (opr.), *Polityka społeczna. Teksty źródłowe*, Wyd. Uniwersytetu Wrocławskiego, Wrocław
28. Frączak E., Guraj-Kaczmarek K., Zarzycka Z., Bartczak S., Czajkowski A., Suchecka J., 1987, *Wybrane uwarunkowania i konsekwencje procesu starzenia się ludności Polski*, Monografie i opracowania, nr 223, Instytut Statystyki i Demografii SGPiS, Warszawa
29. *Gestern, heute, morgen*, Lebenswelthei Dachverband der Alten- und Pflegeheime Österreichs, 2007, Wien
30. Giza-Poleszczuk A., 2000, M. Marody, A. Rychard, *Strategie i systemy. Polacy w obliczu zmiany społecznej*, IFiS PAN, Warszawa
31. Government Office of Sweden, 2007, *Facts about Elderly in Sweden*, Ministry of Health and Social Affairs, Fact Sheet, No. 17
32. Greene V. L., Miller M. D., Ondrich J. I., 1995, *Reducing Nursing Home Use through Community Long-term Care: an Optimization Analysis*, „Journal of Gerontology: Social Sciences”, vol. 50B, 4
33. Grotowska-Leder J., 2006, *Osoby w wieku sędziwym a materialne wsparcie rodzinne (na przykładzie podopiecznych łódzkiej pomocy społecznej)*, [w:] J. T. Kowaleski, P. Szukalski (red.), *Starość i starzenie się jako doświadczenia jednostek i zbiorowości ludzkich*, Łódź
34. Grotowska-Leder J., 2008, *Sieci społeczne seniorów mieszkających w rejonach niezurbanizowanych w perspektywie teoretycznej i empirycznej*, [w:] J. T. Kowaleski, P. Szukalski (red.), *Pomyślne starzenie się w perspektywie nauk o pracy i polityce społecznej*, Łódź
35. Grundy E., 1996, *The Population Aged 60 and over*, „Population Trends”, 84
36. GUS, 2003, *Osoby niepełnosprawne oraz ich gospodarstwa domowe*, Warszawa
37. GUS, 2003, *Rocznik Demograficzny 2003*, Warszawa
38. GUS, 2006, *Stan zdrowia ludności Polski w 2004 r.*, Warszawa
39. GUS, 2008, *Podstawowe dane z zakresu ochrony zdrowia w 2007 roku*, Warszawa
40. GUS, 2008, *Budżety gospodarstw domowych w 2007 r.*, dane dostępne na stronie http://www.stat.gov.pl/cps/rde/xbr/gus/PUBL_budżety_gospodarstw_domowych_w_2007.pdf w dn. 26.02.2008 r., Warszawa
41. GUS, 2009, *Aktywność zawodowa ludności Polski w latach 2003–2007*, Warszawa
42. Hancock R., Wittenberg R., Pickard L., Comas-Herrera A., Juarez-Garcia A., King D., Malley J., 2007, *Paying for Long-Term Care for Older People in the UK: Modelling the Costs and Distributional Effects of a Range of Options*, PSSRU Discussion Paper, 2336/2.
43. Holzer J., 1999, *Trzy procesy demograficzne*, [w:] J. Kozielecki (red.), *Humanistyka przełomu wieków*, Żak, Warszawa
44. Holzer J., 1994, *Demografia*, PWE, Warszawa
45. Huntington S., 2005, *Zderzenie cywilizacji*, Muza, Warszawa
46. Imergut E., cyt., *Health Politics: Interests and Institutions in Western Europe*, Princeton Uni. Press, Princeton 1992, za J. Lynch, *Age in the Welfare...*, poz. cyt.
47. Jan Paweł II, 2000, *Centesimus Annus*, Rhema, Wrocław
48. Jan XXIII, 1997, *Mater et Magistra*, TUM Wyd. Wrocławskiej Księgarni Archidiecezjalnej, Wrocław
49. Kempny M., Szmatka J. (red.), 1992, *Współczesne teorie wymiany społecznej*, PWN, Warszawa
50. Kinsella K., Velkoff V. A., 2002, *The Demographic of Aging*, „Aging Clin Exp Res”, vol. 14. No 3
51. Kirkwood T. B., 1996, *Human Senescence*, „BioEssay”, 18(12)
52. Klonowicz S., 1986, *Starzenie się ludności*, [w:] *Encyklopedia seniora*, WP, Warszawa
53. Knapp M., Forder J., Kendall J., Pickard L., 2004, *Social Care for Older People: the Growth of Independent-Sector Provision in the UK*, [w:] S. Harper (ed.), *Families in Ageing Society*, Oxford University Press, Oxford
54. Kohli M., 2005, *Generational Changes and Generational Equity*, [w:] M. Johnson (ed.), *The Cambridge Handbook of Age and Ageing*, Cambridge University Press, Cambridge
55. *Kompendium nauki społecznej Kościoła*, 2005, Papieska Rada Iustitia Et Pax, Jedność, Kielce
56. Kotowska E. I., 2002, *Zmiana modelu rodziny. Polska — kraje europejskie*, „Polityka Społeczna” nr 4
57. Kozierkiewicz A., Szczerbińska K. (red.), 2007, *Opieka długoterminowa w Polsce: ocena stanu obecnego oraz rozwiązania na przyszłość*, TerMedia, Poznań
58. Kuczyńska A., 2007, *Pomoc społeczna i opieka nad osobami starszymi we Francji*, [w:] L. Frąckiewicz (red.), *W obliczu starości*, Katowice
59. Kurzynowski A., 2006, *Związki polityki społecznej z polityką gospodarczą*, [w:] A. Kurzynowski (red.), *Polityka społeczna*, Wyd. SGH, Warszawa
60. Leszczyńska-Rejchert A., 2005, *Człowiek starszy i jego wspomaganie — w stronę pedagogiki starości*, Wyd. Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego, Olsztyn

61. Leszczyńska-Rejchert A., 2008, *Wspomaganie osób starszych w domach pomocy społecznej*, Wyd. Adam Marszałek, Toruń
62. Leś E., 2001, *Zarys historii dobroczynności i filantropii w Polsce*, Prószyński i S-ka, Warszawa
63. Levinson J. D., 1986, *A Conception of Adult Development*, „American Psychologist”, vol. 41(1)
64. Lynch J., 2006, *Age in the Welfare State. The Origins of Social Appealing on Pensioners, Workers, and Children*, Cambridge University Press, Cambridge
65. Łopato J., 1991, *Spółeczna kwestia ludzi starych na wsi*, [w:] B. Rysz-Kowalczyk (red.), *Spółeczne kwestie starości*, UW, Warszawa
66. Marshall G. (red.), 2006, *Słownik socjologii i nauk społecznych*, PWN, Warszawa
67. Moody H., 2006, *Aging. Concepts and Controversies*, Pine Forge Press, London
68. Noelker S. L., Bass M. D., 1989, *Home Care for Elderly Persons: Linkages between Formal and Informal Caregivers*, „Journal of Gerontology: Social Sciences”, vol. 44, 2
69. OECD, 2005, *Long-term Care for Older People*, Paris
70. Okólski M., 1990, *Modernizacja społeczeństwa a przejście demograficzne*, [w:] M. Okólski (red.), *Teoria przejścia demograficznego*, PWE, Warszawa
71. Okólski M., 2004, *Demografia zmiany społecznej*, Wyd. Nauk. Scholar, Warszawa
72. Okólski M., 2004, *Demografia. Podstawowe pojęcia, procesy i teorie w encyklopedycznym zarysie*, Wyd. Nauk. Scholar, Warszawa
73. Oleszczyńska A., Karczewski M., 1986, *Organizacja pomocy społecznej na rzecz ludzi starszych w PRL*, [w:] *Encyklopedia seniora*, Wiedza Powszechna, Warszawa
74. Olshansky J. S., Carnes B. A., Cassel Ch. K., 1993, *Starzenie się gatunku ludzkiego*, „Świat Nauki”, nr 6 (22)
75. Patsios D., Davey A., 2005, *Formal and Informal Community Care for Older Adults*, [w:] L. Johnson (eds.), *The Cambridge Handbook on Age and Ageing*, Cambridge University Press, Cambridge
76. Penning J. M., 1990, *Receipt of Assistance by Elderly People: Hierarchical Selection and Task Specificity*, „The Gerontologist”, 30
77. Pius XI, 1931, *Quadragesimo Anno*, [nr 81], tekst dostępny na stronie http://www.opoka.org.pl/biblioteka/W/WP/pius_xi/encykliki/quadragesimo_anno_15051931.html w dniu 16.12. 2009 r.;
78. Porzych K., Kędziora-Kornatowska K., Porzych M., 2004, *Psychologiczne aspekty starzenia się i starości*, „Gerontologia Polska”, 12(4)
79. Preston S., 1984, *Children and the Elderly in the U. S.*, „Scientific American”, 251(6)
80. Quadagno J., 1999, *Aging and the Life Course*, McGraw Hill, Boston
81. Radzikowska B., 1992, *Struktura ludności*, [w:] M. Cieślak (red.), *Demografia: metody analizy i prognozowania*, PWN, Warszawa
82. Rosenmayr L., 1978, H. Rosenmayr, *Der alte Mensch in der Gesellschaft*, Rowohlt, Reinbek
83. Rosset E., 1959, *Proces starzenia się ludności. Studium demograficzne*, PWG, Warszawa
84. Rosset E., 1967, *Ludzie starzy. Studium demograficzne*, PWE, Warszawa
85. Rysz-Kowalczyk B. (red. nauk.), 2002, *Leksykon polityki społecznej*, ASPRA-JR, Warszawa
86. Sęk H., Cieślak R., 2004, *Wsparcie społeczne — sposoby definiowania, rodzaje i źródła wsparcia, wybrane koncepcje teoretyczne*, [w:] H. Sęk, R. Cieślak (red.), *Wsparcie społeczne, stres i zdrowie*, PWN, Warszawa
87. Sierpowska I., 2007, *Ustawa o Pomocy Społecznej. Komentarz*, Wolter Kluwer Polska, Warszawa
88. Skrętowicz B., Gorczyca R., 2004, *Niepełnosprawność osób starszych w świetle wyników NSP 2002*, [w:] J. T. Kowaleski, P. Szukalski (red.), *Nasze starzejące się społeczeństwo. Nadzieje i zagrożenia*, Wyd. UŁ, Łódź
89. Slany K., 2008, *Alternatywne formy życia małżeńsko-rodzinnego w ponowoczesnym świecie*, Nomos, Kraków
90. Sokół W. (red.), 1997, *Mały leksykon politologiczny*, Mopol, Lublin
91. Staręga-Piasek J., 1975, *Niematerialne potrzeby ludzi starych*, [w:] J. Piotrowski (red.), *Starzenie się, starość w badaniach gerontologicznych w Polsce*, PTG, Ossolineum, Warszawa-Wrocław
92. Staręga-Piasek J., 1982, *Polityka społeczna wobec ludzi starych*, „Polityka Społeczna”, nr 7
93. Stokowski F., 1968, *Umieralność a proces starzenia się ludności*, „Wiadomości Statyczne”, nr 12
94. Supińska J., 2007, *Wartości i zasady polityki społecznej*, [w:] G. Firlit-Fesnak, M. Szyłko-Skoczny (red.), *Polityka społeczna*, PWN, Warszawa
95. Susułowska M., 1989, *Psychologia starzenia się i starości*, PWN, Warszawa
96. Swedish Institute, *Elderly Care in Sweden*, artykuł dostępny na stronie http://www.sweden.se/templates/cs/FactSheet___18336.aspx w dn. 8.10.2008 r.
97. Szarota Z., 1998, *Wielofunkcyjna działalność domów pomocy społecznej dla osób starszych*, Wyd. Naukowe WSP, Kraków
98. Szatur-Jaworska B., 1991, *Spółeczna kwestia ludzi starszych*, [w:] B. Rysz-Kowalczyk (red.), *Spółeczne kwestie starości*, ISP UW, Warszawa
99. Szatur-Jaworska B., 1994, *Modele polityki społecznej wobec starości*, [w:] J. Daniecki, B. Rysz-Kowalczyk (red.), *Kwestie społeczne i krytyczne sytuacje życiowe u progu lat dziewięćdziesiątych*, UW, Warszawa
100. Szatur-Jaworska B., 1999, *Życie rodzinne ludzi starych w Polsce*, „Polityka Społeczna”, nr 9
101. Szatur-Jaworska B., 2000, *Ludzie starzy i starość w polityce społecznej*, ASPRA-IR, Warszawa
102. Szatur-Jaworska B., 2002, *Dyskryminacja ludzi starszych ze względu na wiek w obszarze pomocy społecznej*, [w:] *Stop dyskryminacji ze względu na wiek*, Akademia Rozwoju Filantropii, Warszawa

103. Szukalski P., 2000, *Ewolucja wielkości i struktury rodziny*, „Polityka Społeczna”, nr 4
104. Szukalski P., 2002, *Przepływy międzypokoleniowe i ich kontekst demograficzny*, Wyd. UŁ, Łódź
105. Szukalski P., 2006, *Proces starzenia się ludności — przyczyny, etapy, konsekwencje*, [w:] T. Grodzicki, J. Kocemba, A. Skalska (red.), *Geriatrya z elementami gerontologii ogólnej*, Via Medica, Gdańsk
106. Szukalski P., 2007, *Przemiany rodziny — wyzwania dla polityki społecznej*. Artykuł dyskusyjny, „Polityka Społeczna”, nr 8
107. Szukalski P., 2008, *Relacje międzypokoleniowe z demograficznego punktu widzenia w starzejącym się społeczeństwie polskim*, [w:] RRL, *Sytuacja demograficzna Polski. Raport 2007–2008*, ZWS DUS, Warszawa
108. Szumlicz J., 1989, *Pomoc społeczna w badaniach empirycznych*, Studia i Materiały, IPISS, Warszawa
109. Szweda-Lewandowska Z., 2008, *Długookresowa opieka nad osobami starszymi w Austrii na przykładzie Häuser zum Leben*, [w:] J. T. Kowaleski, P. Szukalski (red.), *Pomyślnie starzenie się w świetle nauk o zdrowiu*, ZDiGS UŁ, Łódź
110. Timonen V., 2008, *Ageing Societies. A Comparative Introduction*, Open University Press, London
111. Tobiasz-Adamczyk B., Brzyski P., Bajka J., 2004, *Społeczne uwarunkowania jakości życia kobiet u progu wieku starszego*, Wyd. U. J., Kraków
112. Trafiałek E., 1998, *Życie na emeryturze w warunkach polskich przemian systemowych*, Wyższa Szkoła Pedagogiczna, Kielce
113. Trafiałek E., 2003, *Polska starość w dobie przemian*, Śląsk, Katowice
114. Tryfan B., 1991, *Starość w rodzinie wiejskiej*, IRWiR PAN, Warszawa
115. Tymoszek Z., 1997, *Doktryna*, [w:] M. Chmaja, W. Sokół (red.), *Mały leksykon politologiczny*, Morpol, Lublin
116. Tymowski A., 1987, *Polityka starości*, „Człowiek i Światopogląd”, nr 9
117. Tysza Z., 2002, *Rodzina we współczesnym świecie*, Wyd. Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza w Poznaniu, Poznań
118. *Ustawa o pomocy społecznej z dn. 12 marca 2004 r.*, Dz. U., nr 64. poz. 593, z późn. zm.
119. Walker A., 1999, *Public Policy and Theories of Aging: Constructing and Reconstructing Old Age*, [w:] V. Bengtson, K. Schaie (eds.), *Handbook of Theories of Ageing*, Springer Publishing Company, New York
120. Walker A., 2006, *Aging and Politics. An International Perspectives*, [w:] R. Binstock, L. George (eds.), *Handbook of Ageing and the Social Sciences 6th Edition*, Elsevier, Amsterdam
121. Weber M., 2002, *Gospodarka i społeczeństwo*, PWN, Warszawa
122. WHO (Weltgesundheitsorganisation), 2002, *Aktiv Altern: Rahmenbedingungen und Vorschläge für politisches Handeln*, BMSG, Wien
123. *Wielka encyklopedia PWN*, 2004, Warszawa
124. Wierzchosławski S., 1999, *Demograficzne aspekty procesu starzenia się ludności Polski*, „Ruch Prawniczy, Ekonomiczny i Socjologiczny”, Rok LXI z. 1
125. Wilensky H., 1975, *The Welfare State and Equality: Structural and Ideological Roots of Public Expenditures*, University of California Press, Berkeley
126. Wilensky H., 1990, *Common Problems, Divergent Policies*, [w:] An 18-Nation Study of Family Policy, Public Affairs Report, 31
127. Wiśniewska-Roszkowska K., 1967, *Medycyna w walce ze starościami*, PZWL Wyd. 2, Warszawa
128. Wójcik S., 1997, *Ideologia*, [w:] M. Chmaja, W. Sokół (red.), *Mały leksykon politologiczny*, Morpol, Lublin
129. Zasępa B., 2002, *Wpływ procesu starzenia się ludności na system emerytalny*, [w:] L. Frąckiewicz (red.), *Polska a Europa. Procesy demograficzne u progu XXI wieku*, Wyd. Śląsk, Katowice
130. ZUS, 2007, *Analiza wyników badania okresów pobierania emerytur i rent*, Warszawa
131. ZUS, 2008, *Ważniejsze informacje z zakresu ubezpieczeń społecznych 2007 r.*, Departament Statystyki, dane dostępne na stronie: <http://www.zus.pl/files/dane2007.pdf>, w dn. 8.01.2009 r., Warszawa
132. ZUS, 2009, *Ważniejsze informacje z zakresu ubezpieczeń społecznych 2008 r.*, Departament Statystyki, dane dostępne na stronie: <http://www.zus.pl/files/dane2008.pdf>, w dn. 8.01.2009 r., Warszawa
133. Zych A., 2004, *Moderacja rozwoju — wyzwaniem dla gerontologii edukacyjnej*, „Gerontologia Polska”, 12(3)
134. Żakowska-Wachelko B., 2002, *Zadania i perspektywy gerontologii*, [w:] L. Frąckiewicz (red.), *Polska a Europa. Procesy demograficzne u progu XXI wieku*, Wyd. Śląsk, Katowice
135. Żołędowski C., 2007, *Uwarunkowania polityki społecznej*, [w:] M. Szyłko-Skoczny (red.), *Polityka społeczna*, PWN, Warszawa